FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1898-1899 N° 73.

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA COEXISTENCE
DES
Fibromes utérins et des Kystes de l'Ovaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Avril 1899

PAR

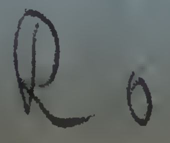
Sotirios ZALIDÈS

NÉ LE 2 AOUT 1876 A SMYRNE (Asie Mineure)

Examinateurs de la thèse ... MM. LANELONGUE, professeur, *Président*.
MASSE, professeur.
POUSSON, agrégé.
BINAUD, agrégé. } *Juges*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE NOUVELLE DEMACHY, PECH ET Cie
16 — RUE CABIROL — 16
1899



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1898-1899 N° 73.

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA COEXISTENCE
DES
Fibromes utérins et des Kystes de l'Ovaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Avril 1899

PAR

Sotirios ZALIDÈS

NÉ LE 2 AOUT 1876 A SMYRNE (Asie Mineure)

Examinateurs de la thèse ... MM. LANELONGUE, professeur, *Président.*
MASSE, professeur. } *Juges.*
POUSSON, agrégé.
BINAUD, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE NOUVELLE DEMACHY, PECH ET Cie

16 — RUE CABIROL — 16

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DE NABIAS....... Doyen. | M. PITRES.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ ...., AZAM..............., DUPUY ...., MOUSSOUS .... — Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne	PICOT. PITRES.	Médecine légale......	MORACHE.
Clinique externe ...	DEMONS. LANELONGUE.	Physique............	BERGONIÉ.
Pathologie et Thérapeutique générales.	VERGELY.	Chimie..............	BLAREZ.
Thérapeutique.......	ARNOZAN.	Histoire naturelle....	GUILLAUD.
Médecine opératoire..	MASSE.	Pharmacie	FIGUIER.
Clinique d'accouchements.	LEFOUR.	Matière médicale	DE NABIAS.
Anatomie pathologique...	COYNE.	Médecine expérimentale..	FERRÉ.
Anatomie	N...	Clinique ophtalmologique.	BADAL.
Anatomie générale et Histologie.........	VIAULT.	Clinique des maladies chirurgicales des enfants...........	PIÉCHAUD
Physiologie..........	JOLYET.	Clinique gynécologique ..	BOURSIER.
Hygiène.............	LAYET.	Clinique médicale des maladies des enfants...	A. MOUSSOUS.
		Chimie biologique ...	DENIGÈS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*)

MM. CASSAET. AUCHÉ. SABRAZÈS. | MM. LE DANTEC. HOBBS.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe — MM. BINAUD. BRAQUEHAYE. CHAVANNAZ. | Accouchements. — MM. CHAMBRELENT. FIEUX.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie........ — MM. PRINCETEAU. CANNIEU. | Physiologie..... MM. PACHON. Histoire naturelle BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique............ M. SIGALAS. | Pharmacie...... ... M. BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires................	POUSSON.
Maladies du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.
Maladies mentales	REGIS.
Pathologie interne	RONDOT.
Pathologie externe	DENUCÉ.
Accouchements	CHAMBRELENT.
Chimie..	DUPOUY.
Physiologie	PACHON.
Embryologie....................................	CANNIEU.
Pathologie oculaire..............................	LAGRANGE.
Conférence d'hydrologie et minéralogie..............	CARLES.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

ET DE MON FRÈRE NESTOR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A M. LE DOCTEUR F. VILLAR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux
Sous-Directeur du Laboratoire de Médecine opératoire
Membre Correspondant de la Société de Chirurgie de Paris
Officier d'Académie

A M. EUGÈNE RICHON

Consul de S. M. le Roi des Hellènes à Bordeaux
Chevalier de l'Ordre Royal du Sauveur (Grèce)

A M. ET A MME NATHANIEL JOHNSTON

A MES MAITRES

Des Facultés de Montpellier et de Bordeaux
et des Hôpitaux de Bordeaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Officier de l'Instruction publique
Chevalier de la Légion d'honneur
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine

Sur le point de quitter la Faculté et les hôpitaux de Bordeaux, il nous est doux de témoigner publiquement notre reconnaissance aux maîtres éminents et dévoués qui nous ont prêté, en même temps que leur enseignement élevé, leur bienveillant concours pour l'accomplissement de nos études médicales.

Qu'il nous soit permis de remercier tout d'abord M. le professeur Lanelongue, qui a guidé nos premiers pas et nous a initié aux principes de la chirurgie. Nous n'oublierons jamais le haut enseignement de ses cliniques, et nous sommes heureux de le remercier de la nouvelle marque d'estime dont il veut bien nous honorer en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le professeur agrégé Villar a droit de notre part à une reconnaissance toute particulière pour nous avoir inspiré le sujet de cette thèse, pour les excellentes leçons dont il a bien voulu nous faire profiter, et pour les nombreuses marques d'estime et de confiance dont il nous a honoré pendant nos études.

En nous faisant participer à ses opérations à sa maison de santé, il nous a appris à aimer la chirurgie. Nous lui en serons éternellement reconnaissant.

Nous nous plaisons à remercier aussi MM. les professeurs Picot, Badal et Boursier, dans le service desquels nous avons fait un stage pendant nos études.

Enfin que M. le professeur agrégé Rivière, dont nous avons eu le rare bonheur de suivre le cours théorique à la Faculté et d'être ensuite l'élève à l'hôpital, soit assuré de notre profond dévouement ; nous lui témoignons notre reconnaissance pour la bienveillante et amicale sollicitude dont il nous a toujours entouré.



INTRODUCTION

La question du traitement des fibromes de l'utérus occupe depuis quelques années une place importante dans les discussions des Sociétés savantes.

Frappé de la coïncidence de ces tumeurs et des kystes de l'ovaire, nous avons cherché à nous rendre compte des conditions dans lesquelles se présentait cette coexistence ; nous avons voulu savoir quel était le tableau clinique dans le cas où un kyste de l'ovaire venait compliquer l'existence d'un fibrome utérin. Il était intéressant d'être fixé sur la conduite à tenir en présence de la coexistence de ces deux tumeurs.

En consultant les ouvrages qui traitent plus particulièrement cette question, nous avons trouvé, dans quelques rares traités, quelques réflexions éparses, se contredisant le plus souvent. Aussi c'est en nous appuyant sur les observations qui feront l'objet du chapitre III, que nous tâcherons d'arriver à une conclusion logique, pouvant être de quelque utilité à ceux qui nous suivront.

Nous avons divisé notre travail de la manière suivante :

Un premier chapitre sera consacré à la pathogénie et à l'anatomie pathologique des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire, en tant que lésions coexistantes.

Dans le chapitre II, nous ferons l'étude clinique de ces deux affections coexistantes.

Le chapitre III comprendra les observations.

Le traitement constituera le chapitre IV.

Dans le chapitre V nous tirerons nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie et Anatomie pathologique.

Dans un travail publié dans les *Archives cliniques de Bordeaux* 1892, M. Monod se demande si l'on doit chercher, quand on est en présence d'un kyste de l'ovaire et d'un fibrome de l'utérus coexistants, s'il y a entre eux une relation de cause à effet, ou si par un effet du hasard les deux tumeurs se sont rencontrées chez le même sujet. Cette question l'amène à en poser une autre, savoir : quelle est la tumeur qui se développe la première, le kyste ou le fibrome?

Les auteurs ont émis des opinions différentes au sujet de la première question; les uns, avec Lawston Tait, croient que le kyste est la cause de la production du fibrome; ils s'appuient pour soutenir leur thèse sur le fait que, dans certains cas que relate cet auteur, des fibromes, même ayant acquis un degré avancé de développement, ont rétrocédé, puis disparu à la suite de l'ablation d'un kyste concomitant.

D'autres, avec Pozzi, pensent que le mouvement nutritif exagéré résultant de la grossesse fibreuse doit favoriser le développement de ces kystes, aux dépens des vestiges du corps de Wolff qui sommeillent dans le paramétrium.

Verneuil, prenant un moyen terme, résolut la question en invoquant la diathèse néoplasique, sorte d'état particulier, dans lequel les tumeurs développées aux dépens d'un organe amèneraient la formation de tumeurs de voisinage, même d'une nature différente.

Cette opinion, émanant d'un maître qui fait autorité en chirurgie, est certainement commode pour la solution du problème. Cependant, comme elle ne s'appuie sur aucun fait probant, sur aucune observation, nous nous permettrons de la discuter.

Un fait est certain, et c'est la clinique qui nous l'enseigne. Très souvent, lorsqu'on pratique une laparotomie pour extirper un ou plusieurs fibromes utérins, que ces fibromes soient sous-péritonéaux, interstitiels ou sous-muqueux, on rencontre en même temps, au moment où l'on veut séparer la tumeur des annexes, ou simplement en examinant ces annexes, des ovaires kystiques. Tantôt ces kystes atteignent un nombre et un volume notables, tantôt ce sont de simples petits kystes, véritables phlyctènes au sujet desquels il est difficile de formuler un pronostic. Rarement, au contraire, en enlevant un kyste de l'ovaire, dont le volume est devenu gênant ou qui occasionne des phénomènes douloureux ou des hémorragies, constituant des indications opératoires formelles, rarement, dis-je, on trouve un utérus fibromateux. Ce fait tendrait à renverser l'opinion de Lawston Tait, qui attribue le fibrome à la présence du kyste.

Si, dans les cas que cet auteur cite, les fibromes ont rétrocédé à la suite de l'abblation du kyste ou de la castration, ces fibromes étaient peut-être des utérus simplement hypertrophiés au moment de la ménopause, et qui après l'ablation de l'ovaire ont marché vers l'atrophie par la suppression de la fonction ovarienne.

D'autre part, si l'on considère ce que Verneuil appelle *diathèse néoplasique*, on se trouve en présence des faits suivants. Combien de fois un fibrome évolue seul sans kystes; combien de fois un kyste se trouve être une tumeur unique, unilatérale même, sans participation de l'utérus !

Diathèse pourtant signifie état pathologique, auquel participe l'organisme entier ou tout au moins une section de l'organisme.

La théorie de Verneuil, bien que très commode, nous semble donc une règle trop générale, ayant des exceptions capables de la renverser.

La suppression de la perméabilité de l'utérus fibromateux, l'oblitération presque complète des trompes dans les cas de fibrome et surtout de fibrome ancien et multiloculaire, semblent au contraire tendre à prouver ou tout au moins à expliquer la succession du kyste au fibrome. En effet, la dégénérescence de l'utérus doit gêner tout au moins la fonction ovarienne et concourir au développement de néoplasmes sur cet organe.

En est-elle fatalement la cause? Il nous paraît difficile de le prouver. L'anatomie pathologique ne nous donne à cet égard que peu de renseignements, et les modifications constatées d'une part dans l'utérus fibromateux, d'autre part dans l'ovaire kystique, ne peuvent pas avoir entre elles des relations de cause à effet : ce sont de simples constatations qui ne peuvent pas être considérées comme dérivant toujours les unes des autres.

Nous basant sur la fréquence des ovaires kystiques, rencontrées dans les cas de fibrome, nous inclinerons donc (sans pourtant être exclusif) plutôt vers la théorie qui tend à admettre que le kyste est consécutif au fibrome, et nous nous appuierons sur les faits rencontrés dans les observations II, IV et V, où les signes permettaient de conclure que le fibrome avait précédé le kyste.

Cette question de causalité n'a d'ailleurs qu'une importance très secondaire : qu'il nous suffise de savoir que les kystes se rencontrent avec les fibromes utérins, et voyons quels symptômes et quels signes la présence de ces deux variétés de tumeurs nous permet de constater.

Mais auparavant, disons quelques mots relatifs à la fréquence, au volume et au contenu de ces deux tumeurs :

Au point de vue de la fréquence de la coexistence de ces

deux tumeurs, nous nous rapporterons aux statistiques fournies par M. Monod, dans son travail publié en 1892. Sur sept cents cas d'ovariotomie et d'hystérectomie, une trentaine de fois le fibrome et le kyste se sont rencontrés chez le même sujet. C'est donc environ une fois sur vingt-deux que l'on trouve cette coexistence.

La proportion nous semble assez notable pour être prise en considération. Quant au volume et au poids, les variations les plus extraordinaires se rencontrent; tantôt, à côté d'un gros kyste, on trouve un petit fibrome, énucléable comme un noyau de fruit; tantôt, au contraire, ce sont deux grosses tumeurs, gros fibrome d'une part, gros kyste de l'autre, donnant au ventre un développement exagéré; enfin, on peut rencontrer un gros kyste accompagné de plusieurs petits fibromes, trois comme dans l'observation IV.

Le nombre des tumeurs peut aussi varier : un gros kyste de l'ovaire peut être accompagné d'autres petits kystes et d'un gros fibrome. Un gros fibrome peut être accompagné d'autres fibromes et de plusieurs kystes.

Il est difficile de dresser, à cet égard, des statistiques qui permettent d'établir une proportion constante.

Enfin, quant au point de vue du contenu des tumeurs, c'est, pour les kystes, au début un liquide séreux, citrin et albumineux, plus tard un liquide épais et jaunâtre, souvent enfin un liquide franchement hématique.

Pour les fibromes, un tissu soit dense et nettement fibreux, soit du tissu fibreux cloisonné et enserrant dans des loges multiples des espaces renfermant du liquide.

Il ne nous semble pas y avoir, dans la nature et la composition de ces divers contenus, des modifications ayant pour cause la coexistence de deux tumeurs. Cependant, dans deux des observations de M. Villar, le liquide des kystes était hémorragique, ce qui pourrait s'expliquer par le développement très rapide de deux tumeurs, ayant amené des ruptures vasculaires ou des extravasations sanguines.

CHAPITRE II

Étude clinique.

Description. — De l'étude attentive des observations publiées et de celles que nous avons personnellement recueillies, il résulte que les troubles fonctionnels provoqués par la coexistence et le développement simultané d'un fibrome utérin et d'un kyste de l'ovaire ne diffèrent pas beaucoup de ceux dus aux fibromes seuls ou aux kystes seuls.

Ainsi les hémorragies, les douleurs, les phénomènes de compression, se retrouvent ici avec leurs caractères habituels, mais avec une intensité plus grande cependant.

Les *hémorragies* ouvrent le plus souvent la scène, ou apparaissent quelquefois en dernier lieu, et nous voyons qu'elles surviennent sous forme de prolongation des règles, d'avance des menstrues. Des femmes qui ordinairement étaient bien réglées, voient tout d'un coup leurs règles avancer de trois, quatre jours, d'une semaine, et durer huit, dix, douze jours, tandis qu'autrefois, au quatrième jour, elles ne perdaient presque plus.

Comme quantité, c'est tantôt abondamment, tantôt par petites doses, que le sang s'écoule; il sort pur, quelquefois mélangé avec des pertes blanches, lesquelles peuvent d'ailleurs continuer

pendant toute la période intermenstruelle. Ces hémorragies d'ailleurs ne sont, dans le cas particulier qui nous occupe, pas plus de règle que dans le cas de fibrome seul. Il peut y avoir un volumineux kyste à côté d'un fibrome sous-péritonéal ; ce fibrome peut très bien acquérir de très grandes dimensions sans nullement provoquer de pertes de sang, puisque la muqueuse utérine qui saigne, qui est le siège des hémorragies, est pour ainsi dire respectée. D'un autre côté, un tout petit fibrome, même dès son début, peut provoquer des pertes abondantes, rouges ou blanches, et tellement abondantes que la malade devient anémiée.

Les hémorragies surviennent donc sous forme de ménorrhagies le plus souvent, de métrorrhagies quelquefois ; mais elles peuvent faire complètement défaut, si le fibrome est sous-péritonéal.

Les *douleurs*, qui constituent le second symptôme important, apparaissent avec une intensité et avec des caractères différents suivant les cas. Nous ne parlons pas de la douleur due à la compression exercée par les tumeurs : nous avons en vue la douleur inhérente pour ainsi dire au développement même des néoplasmes.

Ces douleurs, à l'inverse des hémorragies, sont plus fréquentes et plus intenses dans les cas de fibrome interstitiel et sous-péritonéal. Cela ne veut pas dire que les sous-muqueux n'en provoquent pas du tout. Bien au contraire. Ces douleurs sont dues dans le premier cas à de légères poussées de péritonite viscérale aseptique et ont lieu au moment des règles, et dans le second à la contraction des fibres utérines et apparaissent comme des coliques.

Le développement du kyste, lui, ne provoque pas de douleurs s'il se fait petit à petit sans poussées péritonéales (Obs. I) ; mais si, sous l'influence d'une cause quelconque, le développement part tout d'un coup, alors des douleurs vives se montrent qui se surajoutent à celles dues au fibrome et font horriblement souffrir les malades (Obs. V).

A part ces douleurs provoquées par le développement des

tumeurs, nous en trouvons d'autres, et non de moindre importance, qui sont dues à des compressions nerveuses. Comme c'est dans le petit bassin que ces compressions peuvent le plus facilement se produire, c'est au début de l'affection qu'on les observe le plus souvent. Ce sont des douleurs diverses, névralgiques, sous forme d'irradiations le long du crural ou le plus souvent le long du sciatique; ce sont des douleurs lombaires avec des irradiations jusqu'aux reins.

Parmi les troubles que la compression provoque, il s'en trouve d'autres, d'un ordre différent et ayant une importance capitale, puisque ce sont eux qui, en l'absence des autres, peuvent faire soupçonner le développement des tumeurs. Ce sont les troubles exercés par la compression sur le rectum, la vessie et les uretères.

La *constipation*, et une constipation opiniâtre avec des phénomènes réflexes, se voit le plus souvent; elle est due à la compression de l'ampoule rectale, et c'est une constipation de cause purement mécanique. Elle se voit au début tant que le volume des tumeurs n'est pas assez grand pour s'élever dans l'abdomen et laisser libre l'étroit parage du petit bassin. Le fibrome, le kyste ensuite, exercent leur influence, influence néfaste, sur cette partie du tube digestif, et c'est ainsi que nous voyons nos malades des observations IV et V être prises de constipation de longue durée.

Tant que les tumeurs sont encore dans le petit bassin, elles peuvent avoir aussi une influence sur l'uretère et produire la *rétention d'urine* (Obs. I), qui s'observe surtout dans les cas de tumeur siégeant à la partie antérieure de l'utérus, ou dans les cas de kyste inclus dans le ligament large, et se développant en même temps que le fibrome.

Les néoplasmes en occupant la cavité abdominale refoulent la vessie en avant et en bas et produisent des *épreintes* qui peuvent même aboutir à l'*incontinence d'urine*.

D'autres phénomènes apparaissent : phénomènes d'étouffement dus au refoulement du diaphragme, l'hypertrophie du cœur causée par la compression de l'aorte; des palpitations

d'ordre nerveux et dues le plus souvent à des compressions des filets du sympathique.

La description des symptômes fonctionnels provoqués par la coexistence de ces deux différentes tumeurs nous montre qu'ils sont à peu près les mêmes que ceux qui sont dus à une seule tumeur : au fibrome.

Les signes physiques, quels sont-ils?

Ici, deux cas peuvent se présenter : ou la malade à l'examen est à un moment avancé de son affection, ou au contraire elle se trouve sinon au début, au moins tout près du commencement.

Dans le premier cas, on aura les signes seuls d'un fibrome ou ceux d'un kyste. On trouvera, comme dans l'observation I, le ventre rempli d'une tumeur fluctuante, mate, les culs-de-sac libres, l'utérus libre, le col sain et un peu élevé, c'est-à-dire les signes classiques d'un kyste de l'ovaire, et on ne percevra rien, absolument rien du fibrome; ou, tout au contraire, comme dans l'observation V, on aura, à la palpation, la sensation de deux tumeurs distinctes de différente consistance, l'une mobile, l'autre difficilement mobilisable, le col dévié, un peu hypertrophié, les mouvements imprimés au col se transmettant à l'une seulement des tumeurs. Dans d'autres cas, comme dans l'observation IV, on constatera deux tumeurs de consistance différente, l'une molle, l'autre dure, les culs-de-sac occupés par une tuméfaction et la pression exercée sur le col communiquant des mouvements aux deux masses abdominales.

Diagnostic. — De cette étude, il ressort que les troubles fonctionnels ne peuvent être d'une grande utilité pour le chirurgien. Si quelqu'un voulait dire qu'au simple énoncé des troubles présentés par la malade, on pouvait diagnostiquer la coexistence du fibrome utérin et du kyste de l'ovaire, il se tromperait étrangement. En effet, comme nous l'avons fait pressentir dans l'exposé de l'état clinique, ni les hémorragies, ni les douleurs, ni les symptômes de compression, ne peuvent

par eux-mêmes faire soupçonner cette coexistence. Un seul signe peut faire penser à la présence d'un kyste : c'est la marche rapide de la tumeur à un moment donné.

Les signes physiques peuvent au contraire souvent faire émettre quelques probabilités, quelquefois même une affirmation pour la coexistence.

À la palpation, sauf les cas où un énorme kyste occupant tout l'abdomen masque complètement un fibrome beaucoup plus petit, et situé derrière lui, on peut très bien reconnaître deux tumeurs, l'une solide, l'autre liquide, de mobilité différente.

Nous savons bien qu'en cas de cancer de l'ovaire on peut rencontrer une masse liquide (kyste), et à une partie quelconque de cette masse, une tumeur dure, solide. Nous n'oublierons jamais un cas type qui a servi cette année à notre maître le professeur Lanelongue, comme sujet d'une clinique magistrale; mais, en cas de cancer, la femme, entre autres symptômes, est vite amaigrie, cachectisée, tandis que le fibrome, le kyste, anémient, donnent un masque particulier, mais ne provoquent pas la cachexie.

Une grossesse, en cas de fibrome, donne l'apparence d'une seconde tumeur, et on a ainsi à la palpation la sensation de deux masses; mais, en général, la grossesse ne peut pas se confondre avec un kyste : elle a ses symptômes propres.

Une constipation opiniâtre, en cas de kyste, peut en imposer et faire prendre les matières fécales durcies pour un fibrome. L'administration d'un purgatif lèvera tous les doutes à cet égard.

La palpation peut donc nous démontrer la coexistence de ces deux tumeurs.

Il n'en est pas de même du toucher vaginal. Le toucher indique seulement si l'utérus est fibromateux et s'il est dévié dans un cas de kyste : la mobilité ne donne pas de grands renseignements.

L'hystérométrie pourrait-elle donner des présomptions en faveur d'une coexistence de fibrome, alors que les autres

moyens d'investigation ont fait découvrir un kyste de l'ovaire? Dans les observations que nous donnons, ce moyen d'exploration a été négligé. Le plus souvent, dans les cas de fibrome, la cavité utérine se trouve anormalement augmentée, et cet agrandissement de diamètre devient un signe auxiliaire de grande importance, mais nous ne pouvons pas nier les nombreuses erreurs commises à ce sujet. Cependant cette exploration mérite d'être mise en usage; en effet, si dans le cas de fibrome sous-muqueux la cavité utérine peut quelquefois paraître diminuée, dans le cas de fibrome interstitiel, elle est toujours augmentée; et quand par la palpation on a déjà diagnostiqué un kyste, on peut par l'hystérométrie diagnostiquer un fibrome utérin coexistant.

Pour nous résumer, nous dirons donc que la coexistence de ces deux tumeurs peut très bien passer inaperçue; mais si la palpation seule ou combinée au toucher fait percevoir deux tumeurs de consistance inégale, le chirurgien peut émettre quelques probabilités pour la coexistence, probabilités qui se transforment quelquefois vite en certitude, si l'on se donne la peine de reconstituer la maladie et d'étudier attentivement les commémoratifs; ceux-ci faisant assister au développement lent et progressif d'une tumeur dure, bientôt suivie d'une autre siégeant à un autre point de l'abdomen et marchant beaucoup plus vite que la première.

Le diagnostic du fibrome utérin et du kyste de l'ovaire coexistants peut en somme se faire; mais souvent aussi cette coexistence est une surprise opératoire.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas plus sombre que dans les cas d'une seule tumeur, fibrome ou kyste; cependant leur développement en cas de coexistence étant beaucoup plus rapide et les phénomènes de compression pouvant être plus intenses, il y a souvent un danger qu'il est facile de conjurer en opérant à temps.

CHAPITRE III

Observations.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, il n'est pas rare de rencontrer au cours d'une laparotomie des ovaires kystiques coexistant avec un fibrome utérin. Mais nous avons particulièrement en vue les cas où les lésions sont volumineuses tant du côté de l'utérus que du côté des ovaires.

Les observations de ce genre ne sont pas rares.

M. Monod dans son travail en rapporte plusieurs cas. Nous savons que M. Boursier possède deux ou trois observations qu'il réserve pour un travail ultérieur. M. Tripier a publié un cas remarquable dans les *Bulletins de Thérapeutique* en 1896. M. Gibert, la même année, en a rapporté un autre à la Société de Chirurgie de Bordeaux; M. Fraikin deux autres en 1897. M. Villar, outre les cas qu'il nous a fournis, en a vu d'autres, mais nous n'avons pas pu en reconstituer les observations d'un façon complète.

Nous ne rapportons donc ici à titre de document que l'observation de M. Monod, une de M. Lanelongue, et celles plus récentes de M. Villar.

OBSERVATION I

(M. Monod. *Archives cliniques de Bordeaux* 1892.)

Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche (fibro-myome utérin sous-péritonéal concomitant). — Ovariotomie et myomectomie. — Guérison.

Mme D..., âgée de quarante ans, grande, un peu maigre, d'une excellente constitution, sans antécédents pathologiques, toujours bien réglée sans douleurs ni caillots, a eu deux enfants qu'elle a nourris, le dernier il y a quinze ans. Il y a deux ans, on lui a fait remarquer que son ventre augmentait de volume. Depuis un an, elle accuse quelques douleurs sourdes et intermittentes. Toutes les fonctions sont normales, à part quelques rétentions d'urine passagères.

État actuel. — Le ventre est régulièrement augmenté de volume; la palpation révèle une paroi abdominale épaisse et une fluctuation manifeste dans tous les points. A la percussion on trouve une matité absolue dans toute la région sous-ombilicale, sauf aux flancs où il y a une sonorité relative. Le col est sain, un peu élevé; les culs-de-sac sont libres : l'utérus est mobile.

État général bon; la malade a seulement un peu maigri.

Diagnostic. — Kyste uniloculaire de l'ovaire sans adhérences.

Opération. — Laparotomie le 13 octobre 1890. On trouve à gauche un kyste qu'on ponctionne : on en retire huit à neuf litres d'un liquide épais, crémeux, de couleur chocolat. On enlève après délibération de nombreuses adhérences, la poche, et après avoir introduit la main pour explorer l'ovaire droit, on constate la présence d'un corps arrondi, très dur, du volume d'un poing d'adulte, qui est facilement amené au dehors. C'est un corps fibreux sous-péritonéal, pédiculé, inséré sur la moitié droite de l'utérus. On le résèque au thermocautère. Suites bonnes. Le 10 novembre, la malade retourne chez elle guérie.

Cette observation, qui a été le point de départ du travail de M. Monod, nous montre qu'aucun trouble fonctionnel, qu'aucun signe physique ne permettaient de faire le diagnostic avant l'opération.

L'auteur, après extirpation du kyste, a réséqué le fibrome qui était pédiculé et sous-péritonéal. La malade a guéri.

OBSERVATION II

(M. Lannelongue. Observation inédite.)

Kyste de l'ovaire gauche et fibrome utérin probable. Ovariotomie. — Hystérectomie. — Mort.

Mme X..., âgée de cinquante-quatre ans, cultivatrice, réglée à seize ans, régulièrement, abondamment et sans douleur, ayant eu deux grossesses sans aucun incident, entre à l'hôpital pour se faire enlever une tumeur occupant tout son ventre, et raconte l'histoire suivante :

A l'âge de quarante-huit ans, elle constate par hasard, au côté *droit* de son ventre, la présence d'une tumeur grosse comme une orange, mobile, indolore ordinairement, mais qui la faisait pourtant souffrir au moment des règles. La tumeur, depuis ce moment, resta stationnaire, n'augmentant pas de volume, surtout après la ménopause, survenue à l'âge de cinquante ans. Il y a huit mois, la malade fait une chute, et, quelques heures plus tard, elle ressent au côté *gauche* des douleurs atroces qui se faisaient sentir à tout le côté gauche du ventre. Une maladie des yeux l'oblige à garder le lit pendant deux mois, et quand elle se lève, elle constate que son ventre avait régulièrement grossi de volume, mais que la tumeur primitivement développée du côté droit n'était plus perceptible au toucher. Depuis la chute, le ventre continua à grossir sans douleurs notables.

État actuel. — L'abdomen est rempli par une tumeur liquide, fluctuante, mate, qui, plongeant dans l'excavation pelvienne, remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde. On ne constate pas de tumeur solide.

Au toucher, l'utérus paraît indépendant de la tumeur liquide de l'abdomen, et on le trouve refoulé et incliné à droite.

Diagnostic. — Kyste volumineux de l'ovaire; fibrome probable.

Opération. — Laparotomie le 21 février 1897.

On vide la poche, on l'enlève, et on extirpe ensuite l'utérus, sur lequel il y avait un fibrome gros comme le poing. On fait un drainage. La malade meurt le 2 mars.

Cette opération est intéressante à plusieurs points de vue.

D'abord, elle nous fait voir que si, au moment de l'examen, on n'avait que les symptômes d'un kyste, les commémoratifs suffisaient pour faire poser le diagnostic de la coexistence probable du fibrome. En effet, à *droite*, il y a une tumeur

dure, qui reste pendant six ans stationnaire, jusqu'au moment de la chute, quand il se fait un développement énorme et rapide du ventre, avec douleurs à *gauche*, masquant la première tumeur.

Elle nous indique ensuite que c'est le fibrome qui s'était le premier développé, et sert ainsi à confirmer l'hypothèse que nous avons admise pour la pathogénie.

Un troisième et dernier point à signaler, c'est l'influence que le traumatisme a exercée sur le développement du kyste, puisque aussitôt après la chute le ventre se mit à grossir et le kyste a acquis dans huit mois un énorme volume.

OBSERVATION III

(M. Villar.)

Fibrome. — Hystérectomie. — Ovariotomie. — Guérison.

Mme X..., âgée de quarante-huit ans, réglée à treize ans et toujours bien et régulièrement, a eu une grossesse à terme à vingt-huit ans.

Il y a une douzaine d'années, la malade constata l'existence, dans le côté gauche de l'abdomen, d'une tumeur assez volumineuse, qui n'occasionnait ni hémorragies ni douleurs jusqu'en 1893, époque à laquelle elle a commencé à souffrir.

Au mois de janvier 1896, les règles ont commencé à devenir irrégulières, et depuis le mois de juillet, elles sont accompagnées de crises douloureuses; enfin, vers le milieu de septembre, la tumeur abdominale a notablement augmenté de volume.

M. Villar voit la malade au commencement d'octobre, et, à l'examen, il constate ce qui suit :

Le ventre est volumineux et saillant; par la palpation, on reconnaît qu'il existe une tumeur dure et irrégulière et remontant jusqu'à l'ombilic; cette tumeur occupe la ligne médiane, mais se prolonge largement à gauche.

Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus est enclavé; l'on trouve les culs-de-sac repoussés en bas par la tumeur pelvienne; la pression est particulièrement douloureuse dans le cul-de-sac postérieur.

En pressant sur la tumeur abdominale, on transmet au doigt introduit dans le vagin les mouvements de toute la masse.

M. Villar porte le diagnostic de fibrome utérin et pratique la laparotomie le 12 octobre 1896.

Le ventre une fois ouvert, il constate qu'il existe réellement un fibrome utérin volumineux accompagné d'autres fibromes encapsulés dans l'utérus. Il existe en outre un kyste de l'ovaire du côté droit, et à gauche deux autres kystes assez volumineux développés dans l'épaisseur du ligament large correspondant. Enfin il y avait aussi de chaque côté une poche purulente d'origine salpingienne. Ces deux poches présentaient des adhérences surtout au rectum avec lequel elles faisaient corps.

M. Villar commence par extirper deux petits fibromes qui encombraient le champ opératoire, puis il pratique l'extirpation du fibrome principal avec l'utérus. A travers la brèche ainsi créée, il put attaquer plus commodément de bas en haut les lésions annexielles, et détacher les kystes inclus dans le ligament large, ainsi que les salpingites purulentes.

En détachant ces poches purulentes avec le doigt, et cela avec le plus grand ménagement, l'opérateur déchire le rectum, ou plutôt le rectum se déchire pour ainsi dire de lui-même. Cette déchirure obliquement dirigée mesure environ 8 à 10 centimètres; elle est suturée au catgut. On établit un drainage vaginal à la gaze stérilisée.

Les suites opératoires furent excellentes; les sutures intestinales tinrent parfaitement.

La malade, revue deux ans après l'opération, se trouvait dans un parfait état de santé.

Cette observation est intéressante par la complexité des lésions; on trouve en effet réunis chez la même malade des fibromes, des kystes, et une double salpingite purulente.

OBSERVATION IV

(Personnelle. Inédite. Recueillie à la maison de santé du professeur Villar.)

Fibrome utérin et kyste de l'ovaire probable. Hystérectomie abdominale totale. — Ovariectomie. — Guérison.

Mme X..., âgée de cinquante-un ans, sans profession, ayant toujours joui d'une bonne santé, réglée à quatorze ans, n'a eu qu'une grossesse à trente ans. Il y a cinq ans, ses règles devinrent pour la première fois irrégulières, comme durée et comme quantité. Elle eut des avances et perdit beaucoup plus que d'habitude. En 1896, c'est-à-dire deux ans plus tard, elle constata par hasard au niveau du bas ventre l'existence d'une petite tumeur, très mobile, et à peu près à la même époque elle commença à éprouver quelques douleurs, légères et fugaces d'abord, plus fréquentes et plus intenses bientôt. Une constipation très accentuée s'ajouta au tableau clinique. Au mois de juillet 1898, la tumeur, presque stationnaire jusqu'alors, augmenta très rapidement de volume et le ventre devint énorme. La malade avait suivi toute sorte de traitements médicamenteux; elle avait même fait une cure dans une station thermale.

Au mois de décembre 1898, Mme X... vient consulter M. Villar à sa maison de santé, et notre maître constate ce qui suit :

État actuel. — Mme X... est une femme de très belle apparence, mais elle paraît très anémiée. A la simple inspection, on est frappé par le volume considérable du ventre, qui est globuleux, très proéminent.

Par la palpation, on constate nettement l'existence d'une tumeur dépassant l'ombilic et occupant toute la partie gauche du ventre, en même temps qu'elle empiète un peu sur le côté droit. A la partie inférieure du ventre, au dessus du pubis, et du côté droit, on sent une autre tumeur beaucoup plus petite que la première.

Ces tumeurs sont dures et mates à la percussion, cependant la grosse présente une dureté moins ferme que celle située à la partie inférieure et à droite.

Le toucher vaginal permet de reconnaître un utérus immobilisé, et une tumeur qui déprime fortement le cul-de-sac latéral gauche, et fait corps avec l'utérus : le cul-de-sac latéral droit moins refoulé est aussi rempli par quelque chose de dur.

Par le toucher combiné à la palpation abdominale, on voit que la pression exercée sur l'abdomen transmet des mouvements à toute la masse sentie par le vagin, y compris l'utérus.

Notre maître porta le diagnostic de fibrome utérin; mais étant donné le volume considérable de la tumeur siégeant à gauche, et surtout l'augmentation si rapide de cette tumeur à un moment donné, il pensa qu'il devait y avoir un kyste de l'ovaire.

Donc *diagnostic* : Fibrome utérin avec coexistence probable de kyste de l'ovaire.

La malade se trouvant très gênée par le volume énorme de son ventre, ayant des pertes sanguines, éprouvant même de temps en temps des crises douloureuses, une intervention chirurgicale fut décidée.

L'*opération* fut pratiquée le 23 décembre 1898, par M. Villar. Anesthésie par l'éther. Laparotomie médiane, du pubis jusqu'à l'ombilic. Le kyste se présente le premier; on le ponctionne et on retire la plus grande partie du contenu, qui était un liquide fortement hématique.

La malade est alors placée dans la position de Trendelenburg, les intestins sont refoulés et recouverts par des compresses aseptiques, et l'on peut ainsi voir tout le bassin, où l'on constate qu'il existait, outre le grand kyste, un utérus fibromateux, dépassant le pubis de quatre travers de doigt et surmonté de trois petits fibromes.

M. Villar pratique l'ablation totale de cet utérus fibromateux, gros comme les deux poings réunis; puis à travers la brèche ainsi créée, il détache l'énorme kyste, qui était profondément inclus dans le ligament large correspondant, c'est-à-dire le gauche. Cette extirpation de la poche, contenant encore une partie du liquide, de bas en haut, a été très facile, grâce à la possibilité d'introduire largement la main à la base du ligament large.

Après l'hémostase et un lavage à l'eau stérilisée chaude, M. Villar fait une suture partielle du péritoine pelvien et installe un drainage abdomino-vaginal.

Les suites opératoires ont été très bonnes, et la malade quitta le 28 janvier 1899 la maison de santé complètement guérie.

Dans cette observation, nous retrouvons encore le fibrome se développant le premier et suivi d'un kyste de l'ovaire.

Au moment de l'examen, les signes recueillis par les différents modes d'exploration ne permettent pas de poser un diagnostic ferme pour la coexistence de deux tumeurs, mais les commémoratifs font penser à une telle possibilité, et émettre des probabilités, probabilités justifiées par l'ouverture du ventre.

OBSERVATION V

(Personnelle. Inédite. Recueillie à la maison de santé du professeur Villar.)

Kyste de l'ovaire droit avec fibrome du corps utérin. Hystérectomie abdominale totale. Ovariectomie. — Guérison.

Mme A..., vingt-neuf ans, ménagère, sans antécédents héréditaires. Elle a toujours joui d'une bonne santé; réglée à douze ans, elle a eu des règles régulières, abondantes et très douloureuses surtout le premier jour. Mariée à seize ans, elle a une première grossesse à dix-sept ans, et elle accouche au septième mois d'une fillette qui se porte très bien. A dix-neuf ans, seconde et dernière grossesse qui se termine par un avortement au deuxième mois, sans cause aucune, le père n'étant nullement syphilitique. Cet avortement nécessite, par les hémorragies et les douleurs qui le suivirent, un curettage. En 1894, c'est-à-dire cinq ans après l'avortement, la malade est prise de fortes douleurs et d'abondantes pertes, tantôt blanches, mais le plus souvent sanguines : son docteur diagnostique une métrite et ordonne le repos et des tampons à la glycérine et au tanin. En avril 1897, après une vive émotion, ressentie vers la fin de ses règles, qui étaient, comme toujours, douloureuses et abondantes, elle fut prise d'une forte hémorragie, qui se renouvela au mois d'août de la même année à la suite d'une peur, alors que la malade était entre les deux périodes menstruelles. En mai 1898, elle devint tout d'un coup mélancolique, et un beau jour, elle constata par hasard l'existence dans son ventre d'une toute petite grosseur indolore, mobile, au dessus du pubis et vers la ligne médiane. Elle fut prise, à la même époque, d'une constipation prolongée. En janvier 1899, au moment des règles, qui la

faisaient horriblement souffrir, en se frictionnant le ventre elle constata que son côté droit était plus gros, plus dur et plus douloureux que le gauche. Cette augmentation de volume persista jusqu'à l'apparition des règles de février, et depuis lors gagna petit à petit, mais assez rapidement, la ligne médiane, en provoquant de vives douleurs continues et avec des paroxysmes. Quinze jours plus tard, elle eut une hémorragie, elle souffrit beaucoup de tout le côté droit du ventre et pour la première fois elle eut dans la journée trois crises de nerfs. On appelle en consultation M. Villar qui conseille une opération. La malade entre à la maison de santé où nous la voyons et où notre maître constate ce qui suit.

État actuel. — C'est une femme de forte constitution, avec un facies amaigri et très affaiblie. Son ventre est augmenté de volume et proéminent. On sent à la palpation, vers la ligne médiane et entre l'ombilic et le pubis, une tumeur grosse comme une orange, mobile sous la paroi abdominale, indolore à la pression. Tout le flanc gauche est occupé par une seconde tumeur, mate, résistante, mais pas comme la première, et qui n'est pas bien mobilisable. Au toucher, le col est légèrement incliné vers la droite, immobile, sans ulcération. Le cul-de-sac droit est occupé par une tuméfaction dépressible, très sensible à la pression.

Diagnostic. — M. Villar diagnostique : kyste de l'ovaire droit avec fibrome du corps utérin.

L'opération est faite le samedi 11 mars par M. Villar. Anesthésie par l'éther. Laparotomie. On trouve un kyste uniloculaire, très adhérent aux parois de l'abdomen. On le ponctionne et on retire plus de deux litres de liquide très hémorragique. On déchire les adhérences, on enlève la poche du kyste, et on fait ensuite l'hystérectomie totale, parce que l'utérus était fibromateux. Après l'hémostase et suture partielle du péritoine pariétal, M. Villar installe un drainage abdomino-vaginal.

Suites opératoires très bonnes. La malade n'a jamais eu de fièvre, et quitta la maison de santé le samedi 8 avril, en convalescence.

Cette observation, plus instructive que les précédentes, nous fait assister à plusieurs phénomènes très intéressants.

Et d'abord cet utérus qui à l'âge de vingt-sept ans devient fibromateux, saigne toujours abondamment et ne peut pas se

prêter à l'évolution normale de la grossesse. Il expulse le produit de la conception une fois au septième mois et une seconde fois au deuxième mois.

Nous voyons que le fibrome se développe primitivement : il provoque de la constipation, fait changer le caractère de la patiente et rend les règles plus abondantes.

Le développement du kyste chez cette malade a aussi un intérêt tout particulier. Dans deux périodes menstruelles, au milieu de souffrances horribles, le kyste marche au galop; en deux mois, il acquiert un volume énorme, puisqu'il remplit tout le flanc droit. Son développement rapide fait que son contenu devient sanguinolent.

Enfin, au point de vue du diagnostic, non seulement les commémoratifs (première tumeur dure, indolore, vers la ligne médiane; seconde tumeur plus molle, douloureuse, à marche rapide, du côté droit), mais encore l'examen direct de la malade permettent de formuler un diagnostic ferme et de dire : « coexistence d'un kyste de l'ovaire et de fibrome utérin ».

Ces cinq observations, que nous croyons inutile de multiplier, viennent à l'appui de ce que nous avons dit dans le chapitre précédent, c'est-à-dire que si la coexistence peut très bien passer inaperçue, comme dans le cas de M. Monod et tant d'autres, il y a des cas, et ils ne sont pas rares, où le chirurgien peut émettre quelques probabilités, comme dans les observations II et IV, ou même affirmer cette coexistence, comme il se voit dans notre dernière observation.

CHAPITRE IV

Traitement.

Quelle doit être la conduite du chirurgien quand il se trouve en présence d'un kyste de l'ovaire et d'un fibrome utérin coexistants? Doit-il intervenir ou s'abstenir? Quelle voie doit-il suivre pour arriver jusqu'aux néoplasmes, et une fois devant les deux tumeurs que doit-il faire? Doit-il les enlever ou respecter l'une des deux?

Telles sont les questions qui se posent et auxquelles nous allons tâcher de répondre.

Les indications de l'intervention sont représentées par les pertes de sang, continues et abondantes, menant la femme petit à petit à l'anémie hémorragique; les douleurs rendant la vie sinon impossible, au moins difficile; les compressions sur les organes du bassin, provoquant par action réflexe des phénomènes inquiétants, et la nature même de l'une des tumeurs, les kystes, qui ne sont que de l'épithélioma.

Dans le cas spécial qui nous occupe, nous ne parlerons pas d'électricité, qui, à ce qu'il paraît, a donné beaucoup de résultats satisfaisants en cas de fibrome seul. Le développement simultané d'un kyste de l'ovaire lui enlève ici toute indication, parce que, même en supposant la guérison complète du

fibrome, le kyste persisterait et continuerait à provoquer les mêmes phénomènes.

Pour le fibrome seul, le chirurgien se contente ordinairement d'un traitement anodin, si la malade est près de la ménopause, espérant voir le fibrome, après la cessation des règles, rétrocéder ou au moins ne plus augmenter de volume.

Si la ménopause a une influence salutaire sur le fibrome seul, elle n'en exerce aucune sur le kyste de l'ovaire, qui continue à augmenter de volume et à gêner davantage la malade, ce qui entre par conséquent dans les trois principales indications opératoires.

Il faut donc opérer : débarrasser l'organisme des néoplasmes, et faire cela, s'il n'y a pas de contre-indications, qui, ici, comme ailleurs, sont surtout fournies par l'état général de la malade, quand on craint qu'elle ne puisse supporter le choc opératoire. L'âge, dans le cas actuel, ne doit pas fournir de contre-indication, puisque la ménopause n'arrête pas le développement du kyste.

Intervenir : mais par quelle voie? par le vagin ou par l'abdomen?

La voie vaginale a été érigée en méthode par Kottman et Péan la suivait d'une façon systématique pour les fibro-myomes de l'utérus. Ils prétendent que c'est aussi facile que par la voie abdominale et osent extirper par cette voie des fibro-myomes même volumineux.

Nous ne pouvons pas discuter la valeur des deux voies, vaginale et abdominale, en cas de fibrome utérin seul. Nous croyons cependant qu'en cas de coexistence de deux tumeurs, la voie vaginale doit être d'emblée et sans discussion écartée.

En opérant par l'abdomen, l'opération, grâce aux progrès de la chirurgie, ne présente plus les dangers qu'elle offrait autrefois : la malade ne risque rien de plus que si on l'opérait par le vagin. Elle ne risque rien, et en revanche elle retire un énorme profit : le chirurgien opérant à ciel ouvert voit ce qu'il fait, déchire les adhérences facilement, peut tout enlever et a

moins de chances de voir le kyste se rompre dans la cavité péritonéale.

Le vagin doit être condamné, et le chirurgien, pour parvenir jusqu'aux tumeurs, doit ouvrir le ventre.

Mais après la laparotomie, quelle conduite doit-il tenir? Doit-il tout enlever ou respecter l'utérus?

En 1882, lorsque la question se posa à la Société de Chirurgie, à la suite d'une observation de Queirel, qui perdit sa malade très peu de temps après une hystérectomie et ovariotomie double, les différents chirurgiens qui prirent la parole furent d'avis de respecter l'utérus. Le professeur Duplay condamna l'extirpation simultanée, et n'hésita pas à conseiller l'ovariotomie simple. Trélat et Terrier insistèrent, avec preuves à l'appui (3 opérations, 3 morts), sur la gravité d'une extirpation totale, et, en admettant quelques restrictions, ils dirent, eux aussi, qu'il ne fallait pas toucher à l'utérus.

Schroder, quatre ans plus tard, professait une opinion toute contraire, et il écrivait en 1886 qu' « il est à conseiller d'enlever les myomes en même temps que le kyste, s'ils donnent lieu à des symptômes graves, et bien entendu *si leur extirpation n'entraîne pas de difficultés ni de dangers extraordinaires* ».

Hégar dit qu' « une fois la tumeur ovarienne enlevée, on doit examiner l'état de l'utérus. Si l'opérée est jeune et si l'on voit sur la face externe de l'utérus des fibromes bien pédiculés, on les extirpera. Cette opération complémentaire n'entrave guère la guérison et l'opérateur éloigne les dangers qui pourraient se produire plus tard. Mais s'il s'agit d'un myome sous-séreux ayant un large pédicule, ou bien d'une tumeur interstitielle, mieux vaut généralement faire la castration. L'extirpation de la tumeur utérine et l'amputation utérine supra-vaginale ne doivent être faites que si le fibrome est très volumineux, ou bien si les tumeurs utérine et ovarienne se sont développées à l'intérieur du ligament large et ne forment plus qu'une masse unique ».

Spencer Wells dit : « Toutes les fois qu'elles sont assez

considérables pour causer quelques troubles, j'extirpe les tumeurs utérines en même temps que le kyste ovarien. » Le même auteur conseille de respecter les toutes petites tumeurs utérines, et croit qu'une de ses malades est morte tout simplement parce qu'il enleva un fibrome du fond de l'utérus. « Je crois, dit-il, qu'elle aurait guéri, si je n'avais pas touché à l'utérus. »

Kœberlé est d'avis que les tumeurs utérines doivent être respectées, si on opère après la ménopause; on se contente alors d'extirper simplement le kyste ovarique. Avant la ménopause on pourrait d'après lui, recourir à l'ovariotomie double, pour arriver ainsi, de suite, à la cessation des règles.

Lawston Tait, lui, relatant un fait où l'ovariotomie unilatérale provoqua la disparition d'un myome siégeant dans la paroi utérine postérieure, à tel point que la malade guérit et que l'année suivante elle était enceinte, dit qu'il ne faut pas perdre de vue que l'ovariotomie par elle-même exerce une influence salutaire sur l'évolution consécutive de la tumeur utérine, et il indique le respect pour les fibromes utérins.

On se perd dans le chaos de toutes ces opinions diverses, émanant pourtant de maîtres éminents et faisant autorité. Le chirurgien qui voudrait, pour se former une idée, consulter ces auteurs, serait peut-être plus embarrassé après qu'avant.

Il nous semble pourtant qu'il n'est pas très difficile d'en tirer une conclusion.

D'abord, faisons remarquer que les opinions émises à la Société de Chirurgie datent de 1882, époque très lointaine, où la chirurgie abdominale naissait presque, et dans un moment où on ne possédait ni les moyens ni les méthodes actuels.

Si donc, en 1882, Duplay, Trélat et Terrier conseillaient le respect de l'utérus; si, plus tard, Hégar préférait la castration à l'hystérectomie, et Kœberlé formulait le même avis; si Tait, antérieurement à cette époque, ne touchait même pas à l'ovaire sain et se contentait de l'ovariotomie unilatérale, dans notre époque, où le chirurgien a appris et doit être plus

audacieux, les choses ont changé et il ne faut pas se laisser intimider par les opinions des auteurs déjà nommés.

Dans la pathogénie, par nos observations, nous croyons avoir fait ressortir que le fibrome, loin d'être la conséquence du kyste, est le plus souvent le premier à se développer. Nous ne pouvons donc pas comprendre aisément comment on se conformerait aux opinions de Tait, et comment on oserait croire que l'extirpation du kyste amènerait l'atrophie du fibrome, surtout si la femme est loin de la ménopause. De même pour les idées de Hégar et Kœberlé.

Certes, si l'ablation du kyste seul est facile (malheureusement il est des cas, et notre observation IV en fournit un, où l'on ne sait de quelle façon on pourrait l'extirper sans toucher à l'utérus), et que la femme est près de la ménopause, on pourrait, à la rigueur, laisser en place le ou les fibromes s'ils sont petits et qu'ils ne trahissaient leur présence par aucun phénomène.

On rentrerait dans le cas de fibrome seul et sous-péritonéal qui, comme nous le savons, a une tendance naturelle vers la rétrocession après la ménopause, et le chirurgien ne risquerait pas de voir bientôt d'autres accidents dus à sa timidité au moment de l'extirpation du kyste.

Mais, si les fibromes sont gros, interstitiels, s'ils provoquent des hémorragies, que la femme soit jeune ou près de la ménopause, le chirurgien n'a qu'un parti à prendre, savoir : *faire en même temps l'hystérectomie et l'ovariotomie double.* Cette opération n'entraîne pas de difficultés ni de dangers extraordinaires, deux restrictions que Schroder opposa, en 1886, à pareille intervention, et elle met les malades hors des dangers qui pourraient se produire plus tard.

Nous dirons même que l'intervention, telle que nous la comprenons et telle que nous l'avons vu pratiquer, est relativement facile et d'une grande bénignité. Les trois opérées de M. Villar ont parfaitement guéri. Nous avons vu ce chirurgien pratiquer la même opération pour le cas de suppuration pelvienne (opération plus sérieuse dans ces cas que dans les

cas de kyste et de fibrome), et toutes ces opérations ont été couronnées de succès.

D'une façon générale, le manuel opératoire ne présente rien de bien particulier, mais la façon d'attaquer les lésions varie un peu suivant le volume des kystes et des fibromes.

Il est inutile d'insister ici sur les soins préliminaires, sur l'ouverture de la cavité abdominale et sur les différentes précautions devenues aujourd'hui classiques, telles que la position de Trendelenburg, la protection des intestins par des compresses stérilisées, etc.

Nous supposons donc le ventre ouvert.

La technique opératoire, avons-nous dit, diffère un peu suivant le volume et le siège des tumeurs qu'il s'agit d'extirper.

Il est évident que si on tombe sur un gros kyste, la première chose à faire, c'est de le ponctionner : on se donne ainsi du jour et les manœuvres ultérieures deviennent bien plus faciles. Si ce kyste ainsi ponctionné présente un pédicule bien net, rien de plus facile que de l'enlever, et on termine par l'ablation de l'utérus fibromateux.

Si le kyste est petit et pédiculé, comme précédemment, on pourra l'enlever, sans même avoir besoin de le ponctionner.

Mais si le kyste adhère à l'utérus, s'il est enclavé dans le ligament large, il faudra, ainsi que l'a conseillé M. Villar pour les salpingites purulentes adhérentes, s'attaquer d'abord à l'utérus. Grâce à la brèche ainsi créée au fond du petit bassin, il deviendra très facile d'extirper les poches adhérentes et incluses dans le ligament large, en les soulevant à pleine main de bas en haut.

Il va sans dire que, dans ces cas aussi, si le kyste est tant soit peu volumineux, il sera bon de le ponctionner tout d'abord.

Telles sont les règles générales qu'il est permis de poser au sujet du manuel opératoire. Mais une grande part d'initiative doit être laissée au chirurgien, qui agira de telle ou telle façon suivant les cas.

CHAPITRE V

Conclusions.

De notre travail nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1) La coexistence des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire est assez fréquente.

2) Il semble que c'est le fibrome qui se développe le premier.

3) Si cette coexistence est souvent une surprise opératoire, le chirurgien peut quelquefois la diagnostiquer, grâce à la palpation, à l'hystérométrie et aux commémoratifs.

4) A l'encontre des auteurs, nous croyons que le chirurgien doit enlever les deux tumeurs par l'hystérectomie abdominale totale, sauf peut-être dans les cas où il se trouve en présence de tout petits fibromes sous-péritonéaux, ne trahissant leur présence par aucun phénomène et existant chez des femmes arrivées à la ménopause.

5) Cette intervention est facile et sans graves dangers, grâce aux méthodes et aux moyens que la chirurgie possède actuellement.

Vu. Le Doyen :

B. de NABIAS.

Vu bon à imprimer.

Le Président de Thèse,

Dr LANELONGUE.

Vu et permis d'imprimer.

Bordeaux, le 10 avril 1899.

Le Recteur de l'Académie,

Gaston BIZOS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DELBET. — *Maladies de l'utérus*, in *Traité de Chirurgie* de Duplay.

EMMET. — *La Pratique des maladies des femmes*, traduit par Ollivier, p. 705.

FRAIKIN. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, nº 21, 1897.

GIBERT. — *Id.*, nº 29, 1896.

HÉGAR. — *Traité de Gynécologie opératoire*, traduit par Bar, p. 211.

KŒBERLÉ. — Article « OVAIRES » du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, p. 593.

MONOD. — *Archives cliniques de Bordeaux*, nº 11, 1892.

PÉAN. — *Tumeurs de l'abdomen et du bassin*, t. III, 1895.

POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 2e édition, p. 262.

SCHRODER. — *Maladies des organes génitaux de la femme*, p. 442, 1886.

SCHWARTZ. — *Revue de Chirurgie*, p. 197, 1883.

SECOND. — *Maladies de l'ovaire*, in *Traité de Chirurgie* de Duplay.

SPENCER. — *Tumeurs des ovaires et de l'utérus*, p. 542.

TRIPIER. — *Bulletin de Thérapeutique*, 1896.

VAUTIEN. — Thèse d'agrégation 1886, p. 203.

VERNEUIL. — *Semaine médicale*, nºs 30 et 34, 1894.

VILLAR. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1896, 1899.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle DEMACHY, PECH et Cie, 16, rue Cabirol.